26 Ha 60 1882
Lane Medical Library

Ueber

Herpes Zoster facialis bilateralis

bei

Croupöser Pneumonie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Freitag, den 12. Mai 1882,

Mittags 12 Uhr,

öffentlich vertheidigen wird

Johann Buttermann

aus Ziesar (Prov. Sachsen).

Opponenten:

Dr. E. Peiper, pract. Arzt.
C. Biederstedt, cand. med.
H. Hardel, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1882.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0499

Seiner

lieben Mutter

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Mit dem Namen eines Herpes bezeichnet man eine acute, gutartig verlaufende Hautkrankheit, die sich durch das Aufschiessen gruppenweis auf geschwollener und gerötheter Basis stehender mit klarer Flüssigkeit gefüllter Bläschen charakterisirt. Der Bläscheninhalt besteht aus Serum und Wanderzellen, herstammend aus den durch die Krankheitsursache erweiterten kleinen Gefässen. In ihrer Grösse variiren die Bläschen von Stecknadelkopf- bis Linsengrossem Umfange und ebenso ist ihre Anzahl einem mannigfachen Wechsel unterworfen, am grössten soll dieselbe nach Hebra bei dem im Gesichte auftretenden Herpes sein.

Die Eruption befällt bestimmte Bezirke des Körpers und nimt selten eine grössere Ausdehnung an. Haben die Bläschen nun eine Zeit lang bestanden, so wird der Inhalt trübe und allmählich resorbirt, die Bläschen schrumpfen und an ihre Stelle treten gelbbraune

Borken, unter denen sich rasch neue Epidermis bildet. Die Heilung tritt spontan ein, ohne dass Narben nach Abstossung der Borken zurückbleiben.

Unter den verschiedenen Typen des Herpes ist es namentlich der Herpes Zoster, welcher unser besonderes Interesse in Anspruch nimt; er zeichnet sich vor den übrigen Formen dadurch aus, dass er meistens nur eine Körperhälfte befällt und sich an die Verzweigungen bestimmter Nerven hält, es besteht eine gewisse Beziehung zwischen ihm und dem Cerebrospinalsystem.

Unsere heutigen Kenntnisse über die dieser Krankheit zu Grunde liegenden Ursachen und die dabei vor sich gehenden pathologischen Veränderungen sind eine Errungenschaft der Neuzeit, obwohl auch schon früher auf einen Zusammenhang des Zoster mit den Nerven hingewiesen war. Einer der Ersten, welcher auf diese Eventualität aufmerksam machte, ist wohl Mehlis gewesen, später war es vornehmlich Romberg (clin. Ergebnisse 1846), der dieser Ansicht beitrat. Gleichwohl kam auch er noch nicht zn einem bestimmten Resultate, denn er sagt am Schluss seiner Abhandlung: „Soll nun auch noch nicht ausgesprochen sein, dass man den Zoster als Neuralgie anzusehen habe, so fordern solche Betrachtungen doch dazu auf, der Be-

ziehung des Nervensystems zu jener Krankheit eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden, als es bisher geschehen ist". Ebenso spricht sich Simon in seinem Buche über Hautkrankheiten 1848 noch sehr reservirt über dieses Thema aus, er sagt, es sei noch nichts Bestimmtes über die Natur des Zoster bekannt und auch die Genesis des eigentlichen Herpes sei noch dunkel.

Die Ansicht, dass der Zoster Folge einer Alteration gewisser Nerven sei, brach sich aber immer mehr Bahn und zugleich trat damit die Frage auf, ob die Krankheitsursache direct auf die peripheren Nervenendigungen oder auf tiefer gelegene Theile des Nervensystems ihre Wirkung ausübe. Für beide Möglichkeiten wurden Fälle angeführt. Hutchinson sah z. B. den gewiss sehr seltenen Fall, wo ein Zoster nach Arsenikbehandlung auftrat und ebenso wurden Zoster nach Vergiftungen mit Kohlenoxydgas beobachtet, Thatsachen, die für eine Erkrankung tiefergelegener Organe sprechen.

In einer anderen Reihe von Fällen kam man dann wiederum zu dem Resultate, dass es die peripheren Nervenendigungen seien, die beim Zoster erkranken. So führt Johnen zur Lösung dieser Frage einen Fall an, bei welchem ein Mädchen nach einer Erkältung

von heftigen Schmerzen in der Umgebung des einen Auges, dem ganzen Oberkiefer und den Zähnen ergriffen wurde. Bald war die rechte Gesichtshälfte stark geschwollen und Herpesgruppen zeigten sich am unteren Augenlide, auf der Wange und der Oberlippe. Ferner liess auch die Beobachtung, dass die Krankheit sich oft auf einzelne kleinere Bezirke der Gesichtsnerven beschränkte, darauf schliessen, dass der Sitz des Leidens peripher zu suchen sei.

Erst v. Baerensprung (Charité-Ann. XI) gelang es, gestützt auf klinische Beobachtungen und Sectionsbefunde nachzuweisen, dass der Zoster immer dem Verlaufe eines Spinalnerven, im Gesichte des trigeminus folgen müsse und ihm eine Erkrankung des betreffenden Intervertebralganglion resp. des Ganglion Gasseri zu Grunde liege. Es ziehen nämlich aus dem Ganglion Fasern zu den Nervenstämmen, welche die feinen Gefässe im Bereiche der Endausbreitungen in der Haut versorgen, werden diese irritirt, so können sie die dem Zoster eigenthümliche Entzündung und Exsudation veranlassen. Diese Erklärung über den Sitz und die dem Zoster zu Grunde liegenden pathologischen Verhältnisse ist durch ähnliche Befunde unter Anderen auch von Charcot, Wagner und Kaposi bestätigt.

Kaposi (Pathologie und Therapie der Hautkr.

1882) meint indess, die Erkrankung der betreffenden Ganglien gebe nicht in allen Fällen die Ursache des Zoster ab, sondern Letzterer könne auch entstehen durch Erkrankung des Rückenmarks und vielleicht auch des Gehirns, wofern nur die vasomotorischen Centren getroffen werden, dafür sprechen die Fälle von zeitweilig doppelseitigem Auftreten des Zoster. Ebenso sicher sei es aber auch, dass durch die Erkrankung irgend einer Stelle der peripheren Nervenausbreitung der Zoster entstehen könne, da er häufig nur im Bereiche des periphersten Theiles eines Nervenstammes auftrete.

In denjenigen Fällen, wo nicht der ganze Verbreitungsbezirk eines Nervenstammes in der Haut vom Zoster eingenommen ist, sondern nur der Rayon eines einzelnen Astes, soll ausserdem nach Wyss (Arch. d. Heilk. XII) bloss eine partielle Erkrankung des Ganglion und des Nerven angenommen werden. Im Uebrigen fasst er ebenfalls die Reizung der Centren der trophischen Nervenfasern als Hauptursache der in Rede stehenden Krankheit auf.

Dafür, dass die trophischen Nervenbahnen der eigentliche Sitz der Krankheit sind, spricht auch der Umstand, dass in vielen Fällen neuralgische Schmerzen völlig fehlen.

Wir kommen also zu dem Schlusse, dass das Auftreten eines Herpes Zoster mit Sicherheit auf Ernährungsstörungen in einem Nervenbezirke hinweist und dass wir die dabei vorgehenden pathologischen Veränderungen in den vasomotorischen Nervenfasern zu suchen haben, deren krankhafte Reizzustände die dem Herpes eigenthümliche Erscheinungen hervorbringen.

Ueber die Natur der pathologiscen Veränderungen bei Herpes Zoster liegt freilich noch nichts Entscheidendes vor, hier müssen uns weitere Untersuchungen noch volle Klarheit bringen.

Haight (Neumann, Lehrb. S. 132) hat zwar um und in dem Neurilem eines Nervenstammes, in dessem Gebiet sich Herpes Zoster ausgebreitet hatte, Zellenwucherungen angetroffen, allein Letztere werden bei jeder Entzündung vorgefunden und bieten nichts dem Zoster Eigenthümliches dar. Auch durch die Untersuchungen von Kaposi, welcher im Ganglion Gasseri Hämorrhagien und Zerstörung von Ganglienzellen fand, würde immerhin nur die Natur einiger Fälle von Zoster aufgeklärt werden.

Ueber die Veränderungen in der Haut äussert sich Kaposi (l. c. S. 335) folgendermassen: „Es ist allen Herpesformen, also auch dem Zoster eigenthüm-

lich, dass die Bläschen in den tieferen Schichten des Rete entstehen, so dass die Zellen des Letzteren zu einem Fachwerke auseinander gedrängt erscheinen, dessen Räume von Fibringerinseln, Serum und Exsudatzellen erfüllt sind. Das Gewebe der Papillen, sowie des Coriums ist ebenfalls von Exsudatzellen und seröser Infiltration betroffen, die Gefässe sind erweitert, die Maschenräume des Bindegewebes geräumiger. Je intensiver die örtliche Entzündung, desto tiefer reicht auch die Zelleninfiltration und Exsudation längs der Gefässe und desto grösser die Bläschen, desto mehr ist auch ihr Fachwerk entwickelt.

Jedem Ausbruche der Zosterbläschen, er mag mit oder ohne Fiebererscheinungen stattfinden, gehen geringere oder heftigere Schmerzen voraus, die ihre Erklärung durch die in Mitleidenschaft gezogenen Nervenfasern finden. Im Uebrigen gleicht das Prodromalstadium noch am meisten dem der acuten Exantheme, Scharlach, Masern u. s. w.; es treten hier wie dort Fieber von verschiedener Intensität, Kopfschmerzen und gastrische Erscheinungen auf, doch ist es bemerkenswerth, dass diese Prodromi fehlen können.

Vor Verwechselungen mit anderen Hautkranheiten z. B. Varicellen, Miliaria, Pemphigus schützen die am Anfange geschilderten charakteristischen Eigenthüm-

lichkeiten, sowie die im Ganzen unbedeutenden Allgemeinerscheinungen.

Merkwürdig ist die Eigenschaft des Zoster in der bei weitem grössten Mehrzahl der Fälle einseitig aufzutreten, obwohl nachgewiesen ist, dass die Nerven beider Körperhälften durch feinste Anastomosen in Verbindung stehen. Auch dieser Umstand hat wesentlich dazu beigetragen, eine Erkankung der Ganglien anzunehmen.

Ebenso zeichnet sich der Zoster durch seine ausserordentlich geringe Neigung zu Recidiven aus; nur Kaposi berichtet von einem Falle, in dem sich ein Zoster bei derselben Kranken neunmal wiederholte.

Was nun speciell den Herpes Zoster facialis anbelangt, so befällt dieser die Verzweigungen des N. trigeminus, der einen Spinalnerven entspricht. Es schlägt die Bläscheneruption bisweilen Bahnen ein, welche einzelnen Zweigen des N. facialis, namentlich dem N. auricularis posterior entsprechen, allein sämmtliche Facialis-Aeste beziehen sensible Fasern vom trigeminus in Folge ihrer Verbindung mit den in das Gesicht hervortretenden Ausbreitungen des ersten und zweiten und mit dem Ramus communicans facialis des dritten Astes, so dass die krankhafte Reizung doch

schliesslich auf vorher genannten Nerven bezogen werden muss.

Nehmen wir nun an, dass es die vasomotorischen Nervenfasern sind, welche beim Zoster irritirt werden, so kann man die Thatsache, dass genannte Affection den Verbreitungen der sensiblen Nerven folgt, sehr gut erklären. In der Peripherie sind die sensiblen und vasomotorischen Fasern des trigeminus identischer Hautstrecken eng vereinigt, wirkt daher auf diesem Verlaufe eine Krankheitsursache, welche Herpes erzeugt, ein, so muss Letzterer innerhalb der sensiblen Ausstrahlungen der Nerven seinen Sitz haben. (Eulenburg, Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. 1867.)

Von doppelseitigem Herpes Zoster facialis sind im Ganzen wenig Beobachtungen in der Litteratur verzeichnet. Zuerst hat Hebra in seinem Atlas der Hautkrankheiten zwei derartige Fälle abgebildet und beschrieben. Moers (Arch. f. klin. Med. III, p. 162) berichtet ebenfalls von zwei durch ihr doppelseitiges Auftreten bemerkenswerthe Fälle von Zoster facialis. Der erste bei einem scrophulösen Knaben betraf alle Aeste des N. trigeminus, in dem Zweiten waren nur Zweige des zweiten und dritten Astes afficirt. Ausser diesen angeführten Beispielen ist noch öfter eine derartige Abweichung vom gewöhnlichen Verlaufe des

Zoster facialis wahrgenommen, immerhin gehört sie aber zu den seltneren Ausnahmen.

Auch mir wurde durch die Güte meines hochverehrten Lehrers, des Herrn Professor Dr. Mosler, die Gelegenheit gegeben einen solchen Fall von Herpes Zoster facialis bilateralis zu beobachten; es waren links alle Aeste des trigeminus befallen, während rechts die Bläscheneruption sich auf einen Theil des N. buccinatorius beschränkte. Noch besonders interessant wurde der Fall durch das gleichzeitige Auftreten einer Pneumonie des rechten oberen Lungenlappens. Die Ursache der Krankheitserscheinungen konnte als in einer Erkältung bestehend durch die Anamnese genau nachgewiesen werden.

Am 29. Januar hatte sich Patient nach einem tüchtigen Marsche längere Zeit ohne Kopfbedeckung im Freien bewegt, am 1. Februar traten Schüttelfrost und heftige Kopfschmerzen ein, worauf am 2. Februar Lungenerscheinungen und am 3. Febr. die Eruption des Zoster erfolgte. Das Incubationsstadium hat somit 3 Tage in Anspruch genommen, am vierten Tage begannen die Prodromi und am sechsten erfolgte die Bläscheneruption. Von dem Prodromalstadium muss es freilich ungewiss bleiben, ob es mehr dem nachfolgenden Zoster oder der Pneumonie angehörte, sicher

ist aber in unserem Falle die Zeit zu bestimmen, die zwischen der Erkältung, welche wohl ohne Zweifel als aetiologisches Moment für die Erkrankung anzusehen ist, und dem Auftreten der Bläschen verging. Die völlige Abheilung des Exanthems dauerte vierzehn Tage.

Ob der eben geschilderte Verlauf ein feststehender ist, muss dahingestellt bleiben, denn in den seltensten Fällen kommt der Zoster im Beginn zur Beobachtung und lässt sich deshalb auch der wirkliche Anfang der Erkrankung meistens nicht genau nachweisen.

Eine in dem vorliegenden Falle am 17. Februar auftretende Röthung und Schwellung der Gaumen- und Rachenschleimhaut, sowie der Tonsillen beider Seiten, am stärksten rechts, ist wohl als ein Nachschub des Herpes, wie er oft beobachtet wird, aufzufassen, es wären dann nachträglich die N. N. palatini vom zweiten Aste des trigeminus in Mitleidenschaft gezogen, die vorher völlig frei geblieben waren. Eine Angina wird übrigens sehr häufig beim Zoster durch eine herpetische Eruption von Bläschen in dem Rachen vorgetäuscht. Möglicherweise steht auch das Auftreten eines Furunkels an der linken Kinnhälfte unseres Patienten am 13. Februar mit der Entzündung, wie sie allen Formen von Herpes zu Grunde liegt, in

gewissem Zusammenhang, obgleich die Anamnese ergab, dass Patient eine besondere Neigung hatte an Furunkeln zu erkranken. Man darf hier wohl eine besondere, auf dem Leiden der Scrophulose beruhende, Disposition zu entzündlichen Hautaffectionen annehmen.

Was nun das Auftreten eines Herpes facialis bei fieberhaften Krankheiten betrifft, so gelangt ein Herpes labialis sehr häufig bei croupöser Pneumonie, Wechselfiebern u. s. w. zur Beobachtung, aber äusserst selten beim typhus abdominalis, letztere Erfahrung hat man deshalb diagnostisch zu verwerthen gesucht. Seltener ist das Vorkommen eines ausgebildeten Herpes Zoster facialis bei vorhergenannten Erkrankungen, wie es in unserem Falle beobachtet wurde.

Schon seit alten Zeiten gilt der Satz, dass in solchen Fällen, wo sich fieberhafte Zustände mit einem Herpes facialis verbinden, die Prognose günstiger gestellt werden kann, obwohl diese Ansicht auch vielfach bestritten ist. Hebra (Virchow's Path. und Ther.) sagt: „Soviel ist durch Thatsachen erwiesen, dass der Herpes facialis weder ein günstiges, noch ein ungünstiges Prognostikon der gleichzeitig mit ihm verlaufenden Krankheiten genannt werden darf.“ Auch Niemeyer meint in seinem Lehrbuch der Path. und Ther., dass das Auftreten eines Herpes im Gesicht

bei fieberhaften Krankheiten als ein für die Prognose günstiges Zeichen vielleicht nur deshalb gelte, weil die Krankheiten, bei denen er ausschliesslich oder doch vorzugsweise beobachtet wird, häufiger mit Genesung enden, als diejenigen, bei denen er gar nicht oder selten vorkommt.

Dagegen sagt Parrot, (l'Union med. Nr. 25 1875,) speciell von dem Herpes labialis bei Pneumonie. Letztere werde durch sein Auftreten als eine „herpetische" charakterisirt und gestatte eine günstige Prognose. Dieselbe Ansicht findet man auch bei zahlreichen anderen Autoren vertreten. Mit dem Aufschiessen der Bläschen oder kurz darauf pflegt das Fieber nachzulassen und eine Wendung zum Besseren in dem ganzen Krankheitszustande einzutreten. Dies bestätigte sich auch bei unserem Kranken, bei dem die Prognose nach Auftreten des Zoster facialis sofort günstig gestellt wurde, obwohl die Pneumonie wegen ihrer Localisation im rechten oberen Lungenlappen sonst keinen so raschen undgünstigen Verlauf annehmen liess. Die Temperatur erreichte am Tage der Bläscheneruption die höchste Höhe von 40,4, um dann im Verlauf der nächsten zwei Tage allmählich auf 36,8 zu fallen.

Um dieses häufige Zusammentreten eines Herpes

facialis mit fieberhaften Krankheiten zu erklären, nimmt Eulenburg (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 18 1867) an, dass die fiebererregende Ursache auf die Gefässnerven selbst einwirke, so dass nicht erst, wie Gerhardt (Jen. Zeitschrift II p. 349) meint, ihre Reizung durch den Druck der nach dem Froststadium erweiterten, in engen Knochenkanälen mit ihnen verlaufenden, den kleinen Arterien angenommen zu werden braucht.

Herpes Zoster wäre demnach als „Angioneurose" aufzufassen, die Gefässe der Haut sind während der Eruption erweitert und relaxirt nach voraufgegangener tetanischer Contraction derselben. Dieser Umstand wird aber schon durch die Kreislaufstörungen beim Fieber bedingt.

Es wird also in unserem Falle der Herpes Zoster wie die Pneumonie durch dieselbe Ursache veranlasst sein, das Nervensystem dabei eine vorwiegende Rolle spielen und von ihm aus alle übrigen Erscheinungen ihre Erklärung finden.

Zu erwähnen bleibt nun noch übrig, dass in manchen Fällen von Zoster, so auch bei unseren Patienten, das Auge in Mitleidenschaft gezogen wird. Durch die dabei auftretenden Erscheinungen, wie Schmerzen, Gefässinjection, vermehrte Thränensecretion

und Abnahme der Beweglichkeit der iris, kann das täuschende Bild einer iritis auftreten. Doch betheiligt sich das Auge nur dann an der Entzündung, wenn der Bezirk des ramus nasalis vom ersten Aste des trigeminus von der Eruption betroffen ist. Dieser von Hutchinson aufgestellte Satz hat mit wenigen Ausnahmen Bestätigung gefunden durch zahlreiche Fälle, in denen bei Zoster im Bereiche des genannten Nerven iritis, Amblyopie, Ulceration der cornea auftrat.

Stellwag (Wien Med. Bl. Jahrg. V Nr. 8) ist durch viele Beobachtungen zu dem Schlusse gekommen, dass auch der Herpes ciliaris nichts anderes sei, als ein auf das Verzweigungsgebiet eines einzelnen oder mehrerer Ciliarnervenfäden beschränkter Zoster.

Was die Therapie des Herpes Zoster anbelangt, so genügt eine rein exspectative Behandlung, da die Affection von selbst zurückgeht, nur muss man die afficirten Stellen vor Reizung und anderen Insulten schützen, damit keine Narbenbildung hervorgerufen wird.

Krankengeschichte.

Anamnese. Wilhelm Lange, 19 Jahre alt, Schlosser aus Grimmen, giebt an, dass sein Vater an der Wassersucht, seine Mutter an der Lungenentzündung gestorben sind, seine 7 Geschwister aber leben

und sich der besten Gesundheit erfreuen. Nachdem Patient in seiner Jugend die Masern durchgemacht hatte, befiel ihn ein Jahr später ein scrophulöser Ausschlag und zwar zuerst an den Unterschenkeln, darauf auch an den Oberschenkeln; derselbe hielt bis 1876 an und verschwand dann nach anhaltendem Gebrauch von Soolbädern.

Auch ist Patient wiederholt in der Augenklinik an einer scrophulösen Augenentzündung behandelt. 1877 bekam Patient Furunkel am Rücken und am linken Arme, musste deswegen 8 Tage lang das Bett hüten und wurde auch später von Recidiven heimgesucht. Im Jahre 1879 überstand Patient die Diphtheritis. Von nun an will Patient sich immer wohl befunden haben bis zum 1. Februar dieses Jahres. An diesem Tage wurde er, nachdem er am 29. Januar einen weiten Spaziergang gemacht und sich darauf ohne Kopfbedeckung eine Stunde lang im Freien bewegt hatte, von einem heftigen Schüttelfrost befallen; im Laufe des Morgens traten dann heftige Kopfschmerzen ein, denen sich weiter Stiche in der rechten oberen Thoraxseite, Husten und Appetitlosigkeit hinzugesellten, so dass Patient sich genöthigt sah, am Nachmittage desselben Tages die Hülfe des hiesigen Universitäts-Krankenhauses in Anspruch zu nehmen.

Status praesens vom 2. Febr. 1882.

Patient von mittlerer Statur zeigt gut entwickelten Knochenbau und kräftige Muskulatur. Der Körper ist mit leichtem Schweiss bedeckt, das Gesicht stark geröthet. Die Klagen des Kranken beziehen sich auf sehr heftige Kopfschmerzen, zeitweiliges Flimmern vor den Augen und Stiche in der rechten oberen Thoraxparthie. Die Temperatur, in der Achselhöhle gemessen, beträgt 38,0; der Puls macht 108 Schläge in der Minute; die Athemfrequenz ist gleich 23.

Die Percussion und Auscultation des Herzens ergeben normale Verhältnisse.

Bei der Percussion der Lungen findet sich rechts in der supra- und infraclavicular-Gegend leichte Dämpfung, an den übrigen Parthieen des Thorax ist der Lungenschall normal. Ueber dem Dämpfungsbezirk ergiebt die Auscultation verschärftes Athmen. Das Abdomen zeigt keine Abnormitäten. Die Zunge ist mässig belegt, Appetit ganz geschwunden. Stuhlgang seit gestern angehalten. Der Urin reagirt sauer und zeigt keinen Eiweissgehalt.

Therapie. Patient erhält Inf. Fol. Digitalis (1,5 : 180,0; 2 stdl. 1 Essl.) und Ol. Terebinthinae 25,0 mit Ol. Eucalypti 5.0 zum inhaliren.

Status praes. vom 3. Febr.

Auf der linken Wange des Patienten ist heute ein Herpes Zoster entstanden. Auf lebhaft geröthetem Grunde stehen gruppenweise Bläschen von Stecknadelkopf- bis Erbsengrösse, welche theils einen hellen, theils schon etwas getrübten Inhalt besitzen und zwar hat die Eruption die Bezirke der drei Aeste des N. trigeminus befallen.

An der Stirn folgt ein Zug von Bläschengruppen dem Verlaufe des N. frontalis. Mehrere kleine und grössere, theils vereinzelte, theils zusammenstehende Bläschen sieht man an den oberen und unteren etwas geschwollenen Augenlidern, sowie am inneren und äusseren Augenwinkel Die conjunctiva bulbi etpalbebrarum des linken Auges ist etwas geröthet, auch werden links mehr Thränen secernirt, als rechts, die linke Pupille ist etwas weiter, als die rechte. Ferner zeigt die linke Nasenseite und das Gebiet der N. N. infraorbitalis, subcutaneus malae und buccinatorius zahlreiche Gruppen des Exanthems. In dem Bereiche des Austritts des N. mentalis befindet sich ebenfalls eine Eruption von Bläschen und ebenso ist der obere Rand der Ohrmuschel von denselben eingenommen. Die rechte Gesichtshälfte ist frei bis auf einen kleineren Bläschenhaufen an der Stelle, an welcher der N.

buccinatorius unter dem M. masseter hervortritt. Im Uebrigen ist der Krankheitsheerd in der Medianlinie des Gesichts scharf abgegrenzt.

Die linke Parotis und Gl. submaxillaris sind mässig geschwollen.

Die Kopfschmerzen haben heute etwas abgenommen, dagegen ist ein Brennen und Stechen in der von dem Exanthem befallenen Gesichshälfte aufgetreten. Patient klagt über Zunahme der Schmerzen in der rechten Thoraxseite und sieht man, dass sich Letztere bei der Inspiration etwas weniger hebt, als die linke Seite. Der Husten ist mässig und wird mit demselben ein geballtes, leicht röthlich gefärbtes Sputum entleert. Die Temperatur beträgt um 9 Uhr Morgens 39,7, um 3 Uhr Nachmittags 40,0, um 7 Uhr 40,4; die Respirationsfrequenz ist des Morgens = 28, des Abends = 36; der Puls macht des Morgens 96, des Abends 113 Schläge in der Minute. Die Percussion ergiebt in der rechten oberen Lungenparthie Dämpfung, bei der Auscultation hört man ebendaselbst bronchiales Athmen. Die Zunge ist belegt und trocken, Appetit fehlt, Stuhlgang ist noch angehalten.

Therapie. Patient erhält Priesnitzsche Umschläge auf die rechte Thoraxseite und wegen der Stuhlverstopfung Magnesiae ustae 5,0, Aqu. communis 200,0.

Status praes. vom 5. Febr.

An einigen Stellen des Gesichtsausschlages, namentlich im unteren Umkreise des befallenen Bezirks sind die Bläschen zu kleinen gelbbraunen Borken eingetrocknet, an den Hauptpartien sind die grösseren Bläschen im Schrumpfen begriffen und zeigen einen getrübten Inhalt. Die Röthung der conjunctiva des linken Auges hat etwas nachgelassen und ebenso die Thränensecretion. Die Kopfschmerzen sind seit gestern Abend geschwunden, dagegen hat das Jucken in der befallenen Gesichtshälfte zugenommen und belästigt den Patienten sehr. Die Schmerzen in der Brust sind geringer geworden, doch zeigt das mässig entleerte Sputum noch die röthliche Färbung.

Die Temperatur ist heute, nachdem sie gestern um 11 Uhr Morgens noch einmal die Höhe von 39° bei 104 Pulsen und 28 Respirationen in der Minute erlangt hatte, auf 37,5 bei 80 Pulsen und 20 Respirationen gesunken.

Die Percussion der erkrankten Lungenparthie ergiebt tympanitisch gedämpften Schall. Bei der Auscultation hört man in der rechten regio infraclavicularis nach aussen verschärftes Athmen und auf der Höhe der Inspiration ein Pfeifen; nach innen ist das Athmen unbestimmt.

Die Zunge ist weniger belegt und fühlt sich feucht an; der Appetit hat sich gebessert; Stuhlgang ist erfolgt. Der Urin zeigt eine röthliche Farbe und sondert ein ziemlich reichliches Sediment ab; Eiweiss ist nicht nachzuweisen.

Therapie. Die Inhalationen von Ol. Tereb. mit Ol. Eucalypti werden fortgesetzt.

Status praes. vom 8. Febr.

Die Herpes-Bläschen sind fast sämmtlich geschrumpft, die Borken lösen sich zum Theil leicht ab, an anderen Stellen haften sie noch fest an, überall besteht aber das Jucken noch fort. Die conjunctiva des linken Auges zeigt noch immer leichte Gefässinjection. Die Schwellung der Parotis und Gl. submaxillaris ist zurückgegangen. Bei der Auscultation des kranken Lungentheils kommt bisweilen noch ein Pfeifen zur Wahrnehmung. Appetit ist gut, Stuhlgang erfolgt.

Status praes. vom 9. Febr.

Patient klagt heute über Durchfall, sonst ist der Zustand derselbe wie gestern.

Therapie. Patient erhält Tinct. opii simpl.

Status praes. vom 14. Febr.

Seit gestern hat Patient einen haselnussgrossen Furunkel an der linken Kinnhälfte bekommen und sind von Neuem Kopfschmerzen aufgetreten. Die

Herpes-Bläschen sind geschwunden und auch die Krusten zum grössten Theil abgefallen, doch besteht das Jucken an der linken Gesichtshälfte noch fort. An den Lungen ist nichts Abnormes mehr nachweisbar.

Die Temperatur betrug des Abends 38,7 bei 100 Pulsen und 20 Athemzügen in der Minute.

Therapie. Patient erhält eine feuchte Carbolplatte auf das Kinn.

Status praes. vom 15. Febr.

Der Kranke klagt über Brustschmerzen zu beiden Seiten des Sternum, dagegen haben die Kopfschmerzen nachgelassen. Nachmittags stieg die Temperatur auf 39,5 bei 88 Pulsen und 22 Athemzügen.

Die Lungenuntersuchung ergiebt auch heute keine Abnormitäten. Appetit ist schlecht, ausserdem sind wiederum Beschwerden im Unterleibe eingetreten.

Therapie. Patient bekommt ein Darmrohr und Inf. Digit. 1,5 : 180,0.

Status praes. vom 16. Febr.

Heute ist in dem Befinden des Patienten eine Besserung eingetreten. Temperatur = 37,5; Puls = 76; Respiration = 20.

Status praes. vom 17. Febr.

Es haben sich plötzlich bei dem Patienten Schluck-

beschwerden eingestellt und ergiebt die Inspection der Fauces starke Röthung und Schwellung der Tonsillen, der Rachen- und Gaumenschleimhaut, rechts ist die Affection stärker als links. Die Temperatur stieg gestern Abend auf 38,3, heute ist sie wieder auf 37,7 gefallen.

Therapie. Patient erhält Alaun zum Gurgeln.

Status praes. vom 18. Febr.

Die Anschwellung der Tonsillen ist fast ganz geschwunden, Patient befindet sich völlig wohl. Temperatur = 37,9. An der linken Gesichtshälfte sind nur noch kleine Epidemisabschuppungen vorhanden.

Am 21. Febr. wird Patient entlassen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Mosler sage ich für die Freundlichkeit mit der er mich bei der Anfertigung dieser Arbeit unterstützte, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.

Lebenslauf.

Ich Johann Augustin Christian Buttermann wurde am 15. November 1856 zu Ziesar, Prov. Sachsen, geboren. In meinem 5. Lebensjahre wurde mein Vater als Pastor nach Volkmarsdorf, Herzogth. Braunschweig versetzt. Hier wurde ich von meinem Vater und einem Hauslehrer bis Johannis 1872 unterrichtet und bezog dann das Gymnasium zu Helmstedt. Michaelis 1875 verliess ich dasselbe mit dem Zeugniss der Reife und wandte mich nach Halle a. S., um Jura zu studiren. Michaelis 1877 ging ich nach Göttingen und begann dort Ostern 1878 das medicinische Studium. Am 25. Februar 1880 absolvirte ich mein Tentamen physicum und bezog alsdann Ostern 1881 die hiesige Universität Greifswald, woselbst ich von dem zeitigen Rector Herrn Prof. Dr. Preuner immatriculirt und von dem Decan der medicinischen Facultät Herrn Prof. Dr. Eulenberg inscribirt wurde. Das Examen rigorosum habe ich am 27. Februar 1882 gemacht.

Während meiner medicinischen Studienzeit hörte ich Vorlesungen und besuchte Kliniken bei folgenden Herren:

Göttingen:

Dr. v. Brunn, Prof. Dr. Ebstein, Prof. Dr. Eichhorst, Prof. Dr. Ehlers, Ober-Med.-Rath Prof. Dr. Henle, Prof. Dr. Marmé, Hofr. Prof. Dr. Meissner, Prof. Dr. Orth, Prof. Dr. Riecke, Dr. Riedel, Prof. Dr. Rosenbach, Hofr. Prof. Dr. Schwartz.

Greifswald:

Prof. Dr. Arndt, Dr. Beumer, Prof. Dr. Eulenburg, Prof. Dr. Grohé, Prof. Dr. Haeckermann, Prof. Dr. Hueter, Prof. Dr. Mosler, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Pernice, Prof. Dr. Schirmer, Dr. Frhr. v. Preuschen, Prof. Dr. Schüller, Dr. Strübing, Prof. Dr. Vogt.

Allen diesen meinen verehrten Herren Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen Dank aus.

Thesen.

I.

Bei inneren Krankheiten ist locale Therapie indicirt.

II.

Die Eröffnung der Bauchhöhle zur Feststellung der Diagnose ist geboten.

III.

Carbolinjectionen sind das beste Mittel, um das Weiterschreiten des Erysipelas zu verhindern.